# DIFFICULTÉS
# DU DIAGNOSTIC
## DANS QUELQUES CAS DE VOMIQUES
## ET DE FAUSSES GANGRÈNES DU POUMON

# DIFFICULTÉS
# DU DIAGNOSTIC

## DANS QUELQUES CAS DE VOMIQUES

ET DE

## FAUSSES GANGRÈNES DU POUMON

PAR

GEORGES DIEUDONNÉ

DOCTEUR EN MÉDECINE DE LA FACULTÉ DE PARIS




---

PARIS

G. STEINHEIL, LIBRAIRE-ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2.

1888

# DIFFICULTÉS DU DIAGNOSTIC

DANS QUELQUES CAS

DE VOMIQUES ET DE FAUSSES GANGRÈNES DU POUMON

## INTRODUCTION

Ayant eu l'occasion d'étudier quelques faits bizarres de gangrène pulmonaire dont le diagnostic et surtout le diagnostic étiologique n'avaient pu être faits pendant la vie, il nous a paru intéressant de recueillir dans les ouvrages classiques et dans les différents mémoires pouvant traiter de la question des cas analogues, de les comparer à ceux que nous avons à examiner et de chercher à en tirer des conclusions qui pourront être un jour utiles au médecin qui se trouve aux prises avec ces mêmes difficultés. Au moment de terminer nos études, qu'il nous soit permis d'adresser tous nos sincères remerciements à nos maîtres qui dans les services hospitaliers ont bien voulu nous guider.

Il m'est doux de pouvoir adresser publiquement un témoignage de bien vive reconnaissance et de profonde gratitude à tous ceux qui de près ou de loin n'ont cessé de m'assister de leurs conseils et de leur appui et dont la bienveillance ne m'a jamais fait défaut.

A mon très affectionné maître M. Guyot, à mon excellent cousin Dujardin-Beaumetz, à M. le Dr Peter, à MM. Duplay, Fournier, Bucquoy, Léon Labbé, Marc Sée, Lécorché, Cruveilhier, Gallard, Bouilly, Brocq, Félizet, Jalaguier, Landouzy, Lacombe, R. Moutard-Martin, Quenu, Schwartz.

A mes amis Wurtz et Martha dont l'aide m'a été si précieuse.

Enfin, à notre éminent doyen, M. le Dr Brouardel qui a bien voulu nous faire l'insigne honneur d'accepter la présidence de ce modeste travail.

# PREFACE

Si dans bon nombre de cas, comme cela a lieu fréquemment, le diagnostic de la gangrène pulmonaire et surtout de la cause qui a produit cette gangrène est facile, il arrive parfois au médecin de se trouver en face de malades atteints de cette affection, de la reconnaître il est vrai mais de ne pouvoir malgré l'examen le plus minutieux et l'attention la plus soutenue pendant des semaines, quelquefois même des mois, arriver à démêler la cause primitive qui l'a engendrée.

Ce sont ces malades dont nous avons pu recueillir plusieurs observations qui feront l'objet de notre thèse.

Après avoir énuméré rapidement les causes ordinaires de la gangrène pulmonaire en général, nous passerons en revue celles qui se présentent plus rarement à l'observation du médecin. Puis nous étudierons ces gangrènes dont les causes échappent et sur lesquelles s'élèvent pendant la vie du malade de longues discussions.

L'exposé de nos observations et l'étude du diagnostic feront l'objet d'un chapitre spécial.

# CHAPITRE PREMIER

## CAUSES DE LA GANGRÈNE PULMONAIRE

Si la gangrène survient quelquefois au milieu d'une santé florissante, il n'en est pas ainsi le plus souvent ; on la voit arriver consécutivement à divers états morbides, parfois à l'état de maladie nouvelle bien et dûment caractérisée. souvent aussi à titre de simple complication ou de phénomène nouveau au cours de divers états pathologiques.

Elle frappe des sujets qui souffraient déjà antérieurement d'une maladie de l'appareil respiratoire ;

D'autres fois elle doit être mise sur le compte de troubles généraux de la nutrition dûs à la misère, à une mauvaise alimentation, à une habitation humide, au froid, aux chagrins, aux fatigues excessives. Signalons encore dans les antécédents des malades les diarrhées chroniques, la néphrite parenchymateuse, le scorbut, la fièvre typhoïde, le diabète, l'alcoolisme, enfin les maladies cérébrales. « Toutes ces conditions morbides, dit M. le professeur Straus (1) en amoindrissant la nutrition générale, sont-elles susceptibles d'engendrer la gangrène de toutes pièces par une sorte de disposition spéciale de l'économie ou par une altération humorale la *gangremie* comme la désignent

(1) Article poumon du *Dict. de Jaccoud.*

certains auteurs anglais? Il est bien plus probable que ces conditions se bornent à créer une vulnérabilité plus grande des tissus et des éléments qui fait que telle inflammation pulmonaire, insignifiante, assez mal dessinée, pour passer d'abord inaperçue, peut rapidement se terminer par la gangrène et ne s'accuser que par les signes propres à celle-ci, notamment l'expectoration putride. C'est là l'opinion admise par Jaccoud. »

On a également signalé comme causes de gangrène pulmonaire *la pneumonie*; ordinairement il s'agit de ces inflammations survenant chez l'enfant dans le cours d'une fièvre éruptive, de la rougeole principalement; souvent au contraire, c'est à la suite de ces *broncho-pneumonies bâtardes*, à réactions peu vives que l'on rencontre chez les gens affaiblis ou les vieillards. M. Genest a parfaitement établi le rôle de l'*apoplexie pulmonaire* dans la production de la gangrène ; et depuis, l'*embolie* quel qu'en soit le point de départ a été souvent incriminée.

*Les corps étrangers* des voies aériennes sont également des causes fréquentes de gangrène du poumon.

Signalons aussi *la tuberculose*, l'*abcès du poumon*, le *sarcôme du poumon* (1), *les grangrènes traumatiques*, *la contusion du thorax*, l'*inhalation de vapeur ou de gaz irritants*.

Le Dr Mosing (de Lemberg en Galicie) a signalé en 1842 des cas de *gangrène pulmonaire épidémique*.

M. Leudet (2) sur 31 observations recueillies dans son service, a trouvé plusieurs cas de gangrènes pulmonaires

(1) *Deutsche med. Wochenschr*; 1878, nº 7 et 8, Dr Ramdohr.
(2) *Gazette des hôpitaux*, 1878, page 484.

consécutives aux *ulcérations du larynx* à la suite de la fièvre typhoïde.

Mais ce qui nous intéresse particulièrement, ce sont les quelques causes qui nous restent à énumérer. Chaque fois que des *foyers putrides* ou gangréneux siègent au voisinage du poumon, ils peuvent par voie de propagation déterminer la gangrène de cet organe, les observations que nous avons tenu à relater et qui sont à la fin de ce travail ont toutes ce processus, c'est ce qu'on voit dans *le cancer de l'œsophage*, dans *les abcès rétro-pharyngiens*, les *abcès par congestion*, *la suppuration des ganglions bronchiques*, *les pleurésies purulentes*, *les pleurésies enkystées*, *les kystes hydatiques du foie*. Nous verrons tout à l'heure la façon dont cette propagation s'effectue, propagation qui peut donner lieu à une simple fistule par où se fait jour une vomique, ou bien à une fausse gangrène, enfin à un sphacèle plus ou moins étendu du poumon.

Après avoir passé toutes ces causes en revue, causes locales ou générales que nous avons pu trouver signalées dans différents auteurs classiques, nous mentionnerons les deux observations que nous décrirons dans un instant sous les n$^{os}$ 1 et 2 et qui nous ont semblé assez intéressantes pour faire le sujet de ce travail. Dans l'observation n° 1 il s'agit d'un *mal de Pott* ayant déterminé un abcès par congestion, dans l'observation n° 2 c'est un *myxo-sarcôme* de la colonne vertébrale qui détermine la destruction du corps de trois vertèbres dorsales, il se forme consécutivement un abcès en avant des *enveloppes* de la moëlle épinière. Ces deux lésions de nature absolument différente ont donc constitué chacune un abcès qui va s'ouvrir dans

le poumon, mais chez l'un de ces malades, l'ouverture dans les bronches va déterminer de la gangrène, chez l'autre, un simple trajet fistuleux s'établira, livrant passage au pus dont la fétidité pourra faire croire à de la gangrène, tandis qu'à l'autopsie l'on constatera qu'il n'existe pas de sphacèle.

# CHAPITRE II

## DE QUELQUES SYMPTOMES DE LA GANGRÈNE PULMONAIRE.

Nous n'avons pas ici la prétention ni même l'intention de faire un tableau clinique complet de la gangrène pulmonaire ; ces symptômes présentés d'une façon fort complète dans les auteurs et dans plusieurs thèses ne seraient ici d'aucun intérêt, car ce sont des formes tout à fait anormales qui nous occupent. Nous laisserons donc de côté et les signes physiques et les symptômes généraux que nous retrouverons du reste plus ou moins complets dans nos observations, nous nous contenterons d'insister sur certains points dont l'étude pourra nous être utile quand nous étudierons nos malades.

Dans les cas dont il s'agit, les symptômes qui font porter le diagnostic de gangrène pulmonaire ne forment pas par leur réunion le syndrome clinique de cette affection ; il est tel ou tel des symptômes rationnels ou physiques de cette maladie qui manque dans les observations que nous citons plus loin.

Le principal symptôme, celui qui fait porter le diagnostic de gangrène du poumon, et le plus important sans contredit est la *fétidité des crachats et de l'haleine.*

Cette odeur nauséabonde, assez intense pour infecter la chambre où se tient le malade et en rendre parfois le séjour

insupportable, rappelle tantôt celle de l'hydrogène sulfuré, de l'hydrogène phosphoré ou du sulfhydrate d'ammoniaque, tantôt celle d'acides gras tels que l'acide caprique, l'acide butyrique et margarique, ou encore d'ammoniaques composées telles que la triméthylamine. Grégory a en effet signalé la présence d'acide butyrique et de méthylamine dans les produits expirés chez des individus atteints de gangrène pulmonaire.

Dans la bronchite fétide, la fétidité est toutefois moins prononcée que dans la gangrène pulmonaire ; l'aspect même des crachats doit être également un signe de la plus haute valeur auquel on doit faire la plus grande attention ; ils sont d'un gris sale, tirant sur le vert ou le brun, fluides ou se séparant en trois couches si on les recueille dans un vase. On y remarque souvent des extravasations sanguines et quelquefois leur couleur est d'un brun rouge.

On conçoit pafaitement que lorsqu'une collection purulente s'ouvre à l'intérieur du parenchyme pulmonaire, les produits volatils dûs à la décomposition et à la fermentation de ces matières septiques qui abondent en micro-organismes de la suppuration, puissent amener de même que dans la gangrène ou dans la bronchite fétide une odeur caractéristique qui donnera souvent lieu aux erreurs de diagnostic dont nous parlerons plus loin. En effet, parmi les microbes qui abondent dans toute collection purulente, il en est un certain nombre qui ont la propriété de fluidifier les milieux solides en leur communiquant une odeur caractéristique que l'on a comparée à l'odeur de la putréfaction des cadavres sous l'eau ; tel est en particulier le

bacillus pyogènes fetidus et les différents bacilles isolés par Rosenbach et nommés par lui bacillus saprogenes fetidus 1, 2, 3.

Ces micro-organismes aérobies arrivant au contact de l'air dans les poumons, y trouvent toutes les conditions nécessaires pour leur reproduction et leur pullulation. Ce sont les produits qu'ils secrètent ainsi que les fermentations auxquelles ils président qui communiquent aux crachats et à l'haleine leur odeur caractéristique. Il n'est même pas improbable de penser que ces produits solubles puissent exercer, en vertu d'une toxicité plus ou moins grande, une action fâcheuse sur l'état général des malades et agir sur l'organisme à la manière de véritables poisons.

Si l'on passe maintenant à d'autres signes, en laissant de côté l'odeur et l'inspection des crachats, l'on voit que c'est à un examen attentif et minutieux des organes voisins que l'on pourra demander la cause des caractères particuliers de l'expectoration.

Dans l'observation I en particulier, le mal de Pott avait été constaté avant toute apparition de symptômes pulmonaires, et la forme bizarre ainsi que la marche véritablement déroutante des signes stéthoscopiques aurait peut-être pu éclairer le diagnostic si l'on avait pu soupçonner l'existence d'un abcès par congestion.

Dans l'observation II le malade présentait des symptômes bizarres simulant une névralgie occipito-dorsale, puis l'angine de poitrine, enfin une pleurésie du lobe supérieur du poumon droit avec des douleurs atroces ne

cédant pas à une vomique qui eut lieu quelques jours plus tard. Aucun signe ne pouvait mettre sur la voie et faire prévoir, de même que dans le cas précédent un trajet purulent entre la colonne vertébrale et le poumon.

# CHAPITRE III

## DIAGNOSTIC DE LA GANGRÈNE PULMONAIRE

Le diagnostic de la gangrène du poumon ne rentre pas absolument dans le cadre que nous nous sommes tracé, aussi n'insisterons-nous pas longuement sur les maladies pouvant simuler l'affection qui nous occupe.

La *bronchite putride* et la *bronchectasie putride* diffèrent de la gangrène pulmonaire par la marche qui est chronique tandis que la gangrène procède ordinairement d'une façon plus aigüe. L'expectoration est toujours très abondante, muco-purulente, d'une fétidité intermittente dans la bronchite et la bronchectasie putrides. Si, dans quelques cas la fétidité est aussi infecte que dans la gangrène pulmonaire vraie, ordinairement, comme le fait remarquer Grisolle, « les malades exhalent bien moins une odeur de pourriture qu'une odeur fade, acide, ou d'hydrogène sulfuré. »

Dans ces affections, les crachats recueillis dans un vase présentent les mêmes trois couches superposées que dans la gangrène du poumon.

Seule, la présence de lambeaux de tissu pulmonaire est caractéristique de la gangrène du poumon. Au microscope, on retrouve tantôt ces lambeaux contenant des fibres élastiques reconnaissables, tantôt des lambeaux irréguliers,

de consistance analogue à celle de l'amadou, grisâtres, traversés de points et de lignes noirâtres (Traube).

*L'abcès du poumon* consécutif à une pneumonie ou à une autre affection de voisinage peut s'ouvrir dans les bronches et donner lieu à une expectoration abondante, mais ne présentant jamais la fétidité propre à la gangrène du poumon, est-il dit dans nombre de traités ; nous verrons tout à l'heure ce qu'il en faut penser.

Lorsque la communication du foyer gangréneux avec les bronches ne s'établit pas, et que, par conséquent, il n'existe pas d'expectoration fétide, le sphacèle pulmonaire pourra être méconnu. Un point de côté intense, une fièvre vive ne sont pas des caractères suffisants pour établir le diagnostic.

La présence des bacilles dans les *cavernes tuberculeuses* tranchera les difficultés quand le diagnostic sera hésitant entre la caverne gangréneuse et la caverne tuberculeuse.

On aura soin d'écarter par un examen attentif les cas où la fétidité de l'haleine et de l'expectoration est le résultat de la *gangrène de la bouche, des amygdales ou du pharynx* ; il suffira d'un peu d'attention pour éviter cette erreur grossière.

Le diagnostic est parfois fort difficile avec les *vomiques pleurales* qui rentrent dans ce que l'on peut appeler les fausses gangrènes. Il n'est pas rare en effet de voir une vomique être confondue avec une gangrène pulmonaire. Je ne veux point parler de ces vomiques abondantes dans lesquelles le malade peut rendre un litre de pus ; mais, souvent ce n'est pas tout d'un coup que se fait l'issue à travers les bronches du pus contenu dans un kyste pleu-

ral, au contraire, par un travail lent, il s'établit entre la plèvre et de petites ramifications bronchiques une fistule tortueuse que l'on est même dans l'impossibilité de retrouver à l'autopsie et c'est par cette voie que le pus vient sourdre goutte à goutte dans une bronche. Ce pus peut être expectoré, mais il a séjourné quelque temps dans les poumons au contact de l'air. Par conséquent, si nous nous reportons au chapitre précédent et à ce que nous avons dit sur les micro-organismes, il n'y a pas lieu d'être étonné qu'il se décompose dans la bronche où il séjourne plus ou moins longtemps. En supposant que son odeur ne soit pas comparable à celle de la gangrène il va prendre dans la bronche une odeur fétide qui souvent pourra en imposer, il n'est même pas impossible que le séjour du pus au sein du parenchyme pulmonaire n'y détermine un certain degré de gangrène. L'on voit donc alors la difficulté qu'il y aura à séparer ce qui appartient à l'un et à l'autre, c'est aussi ce que nous verrons dans les observations que nous avons pu réunir, de sorte que si quelquefois les antécédents, la marche des accidents, les symptômes généraux, les caractères de l'expectoration et d'autres signes encore peuvent faire distinguer une vomique plurale d'une gangrène pulmonaire, il n'en reste pas moins vrai que la différence de la fétidité de la gangrène et celle du pus ne sont souvent pas appréciables, et qu'en fut-il autrement, la gangrène et la vomique se trouvant fréquemment associés, les erreurs de diagnostic n'en continueraient pas moins très vraisemblablement à être encore bien fréquentes.

« La gangrène véritable, dit le Dr G. Sée (1), étant séparée des fausses gangrènes, il n'y a qu'à vérifier, à compléter le diagnostic par les circonstances étiologiques qui lui ont donné naissance ; rappelons à ce sujet la fréquence des gangrènes par immigration de produits alimentaires, de fragments putrides, chez les individus affaiblis, chez les enfants, les vieillards, les aliénés, les ivrognes, enfin les gangrènes diabétiques ».

Quant au diagnostic de la cause, il présente des difficultés réelles ; les observations que nous rapportons en font foi, et toutes les fois que l'on se trouvera en présence de signes de gangrène, l'on devra étudier avec soin le malade et se rappeler les causes que nous avons énumérées, dont quelques-unes sont comme nous l'avons vu très rares. C'est pour mettre en garde contre de semblables erreurs que nous nous sommes décidé à publier les faits que nous relatons ici.

(1) G. Sée. *Maladies des poumons*, p. 432.

## Observation I (Personnelle)

(Recueillie dans le service du Dr Brouardel)

Le 6 juin 1888, la nommée R., Marie âgée de 50 ans, cuisinière, entre salle Valleix, n° 23 à la Pitié dans le service de M. le professeur Brouardel.

Cette malade ne présente rien de particulier au point de vue de ses antécédents héréditaires.

Bonne santé antérieure. Réglée à 13 ans, elle n'est plus réglée depuis 3 ans. Elle a eu un enfant à 23 ans. Pas de fausses couches.

Elle entre à l'hôpital pour des troubles de la marche qui datent d'environ 6 mois et qui depuis 3 semaines ont augmenté à tel point que la station debout est devenue presque impossible. Si l'on fait lever la malade, on est obligé de la soutenir sous les bras pour qu'elle ne tombe pas, et elle tremble violemment sur ses jambes. Néanmoins, fortement soutenue, elle peut encore faire quelques pas, avec beaucoup de difficultés. Elle se plaint en outre de douleurs en ceinture, lancinantes, assez vives, qu'elle ressent de temps à autre depuis le début de son affection.

Reflexe patellaire exagéré. Pas de phénomènes du pied. L'examen de la colonne vertébrale révèle, au niveau des premières vertèbres dorsales, l'existence d'un gonflement et d'une saillie des apophyses épineuses, saillie assez considérable, déformant notablement la continuité de l'axe vertébral sur une longueur de 3 centimètres environ.

Le point culminant de la déformation siège au niveau des deux premières dorsales.

Anesthésie assez marquée des deux membres inférieurs, surtout à gauche. Pas d'autres troubles de la sensibilité.

L'auscultation du cœur ne révèle rien. Aux poumons, quelques râles sibilants à la base du poumon gauche. Quelques quintes de toux. Expectoration muqueuse. Rien au poumon droit.

Rien du côté du tube digestif. Pas de troubles de la motilité des réservoirs.

Température normale.

Pointes de feu le long de la colonne vertébrale : un gramme d'iodure de potassium.

La malade reste, pendant 15 jours, dans cet état. Elle est incapable de se lever.

6 juin. La malade se plaint de malaise et de fièvre, 39 m., 39, 5, le soir.

7 juin. 39 m., 40,2, le soir.

La malade se plaint de fétidité de l'haleine, d'ardeur et de sécheresse de la gorge : son expectoration est purulente et très fétide. Les crachats, abondants, remplissent le crachoir plusieurs fois par jour. Leur couleur est verdâtre, sans stries sanguinolentes, et à la surface du crachoir, on remarque un liquide d'un gris sale, muqueux et filant : au fond du liquide, purée sanieuse, exhalant une odeur extrêmement fétide.

L'examen de la gorge ne révèle rien de particulier ; un peu de rougeur du pharynx et des amygdales.

Pas de modifications à l'inspection de la poitrine. Pas d'affaissement. Les vibrations thoraciques sont affaiblies dans toute l'étendue des poumons ; la malade respire mal, mais sans dyspnée bien marquée toutefois.

A l'auscultation, le poumon gauche présente comme au début, des râles sibilants dans toute la moitié inférieure. La respiration s'entend mal au sommet. Pas de souffle, pas de gargouillement en ce point.

Dans le poumon droit, quelques râles muqueux disséminés.

8 juin. 30° 6 m., 40° soir.

M. Brouardel procède à l'examen de la malade et s'appuyant sur l'état général grave, sur la fétidité des crachats et sur la dissémination et le peu de netteté des phénomènes stéthoscopiques, pose le diagnostic de gangrène des extrémités bronchiques. Térébenthine en inhalations.

9 juin. — 39° 8 m., 48°, soir.

Les crachats toujours très abondants laissent une grande amertume dans la bouche de la malade, on les recueille dans un bocal et l'on voit alors nettement la masse divisée en 2 couches.

Une supérieure, transparente et légèrement visqueuse, une inférieure, puriforme, dense, d'un jaune sale, non striée de sang, non hématique.

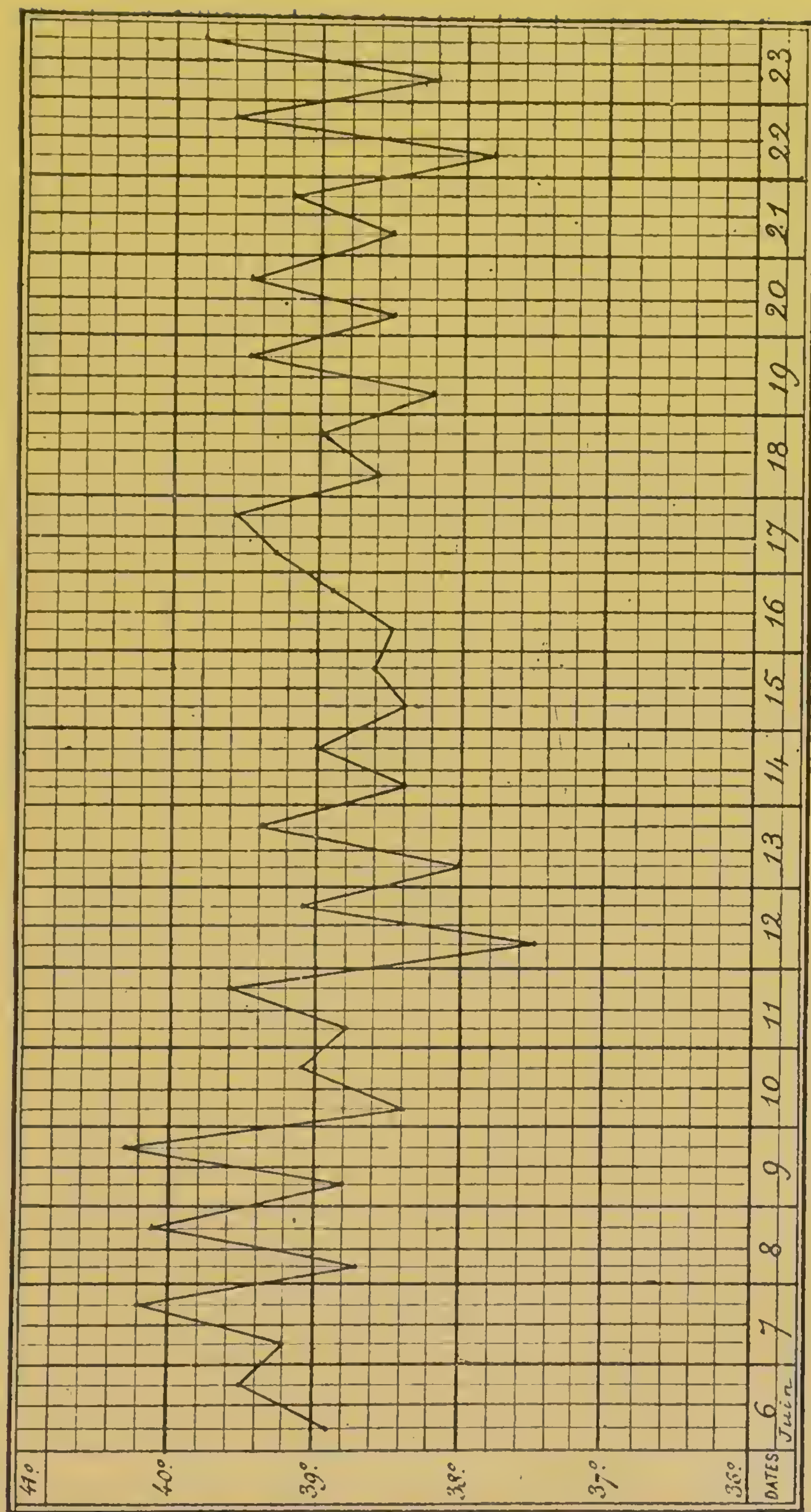
10 juin. — 38°4, 39°1.

Les phénomènes stéthoscopiques du poumon droit (râles muqueux) ne sont plus perçus.

A la base du poumon gauche, la sibilance est très peu marquée. Au sommet râles muqueux et sous-crépitants, il n'y a pas de gargouillement, mais la localisation très nette de râles fins, et la matité que l'on observe en ce point du poumon gauche, jointe à la fétidité extrême de l'haleine et des crachats, font-ils modifier le diagnostic. On pense qu'il y a en ce point du poumon un foyer de gangrène pulmonaire.

12 juin. — 37°5, 39°1. Même état.

MARCHE DE LA TEMPÉRATURE (Obs. I)



13 juin. — 38°, 39°4. L'expectoration, un peu moins abondante, présente toujours les mêmes caractères de fétidité, toutefois la malade se sent soulagée par les inhalations de térébenthine,

L'odeur perçue par les malades voisines est moins forte, et il paraît y avoir une légère amélioration au point de vue de l'état général.

14 juin. — 38°4, 39°.

15 juin. — 36°2. 38°6. Même état. Dyspnée assez marquée, surtout le soir vers 6 heures.

16 juin. — A l'auscultation du poumon gauche, on n'entend rien au sommet. Le murmure vésiculaire est à peine marqué. On entend des râles sous-crépitants fins vers la partie moyenne. Au poumon droit, respiration soufflante dans toute l'étendue du lobe supérieur.

39° 4, 39°5.

17 juin. — Mêmes phénomènes stéthoscopiques au sommet gauche. Souffle rude au sommet droit. A l'amélioration des jours précédents, au point de vue de l'état général, succède un état d'affaiblissement et d'adynamie. La malade, dont le visage était jusqu'alors assez coloré, prend un aspect terreux.

18 juin. — 38°, 6. 39.

19 juin. — 38° 2. 39°, 7. Même état. La dyspnée s'accentue.

20 juin. — 38°6., 39°5. Le souffle du sommet droit ne s'entend plus avec la même intensité. A gauche, râles sous-crépitants dans toute l'étendue du poumon. Etat adynamique. La malade est prostrée et se plaint beaucoup.

21 juin. — 38°6., 39°.

Gargouillements et râles caverneux dans toute l'étendue du poumon gauche, principalement au sommet. Persis-

tance du souffle au sommet droit. Même caractère des crachats, avec fétidité extrême.

22 juin. — 37°9, 39°6. L'état général s'aggrave encore. La malade répond à peine aux questions qu'on lui fait. Pouls petit. 118 pulsations.

23 juin. — 37°8, 39°6. La malade est dans le coma ; elle respire bruyamment, avec effort, facies terreux et cachectique.

24 juin. — 38°2, 39°8. La dyspnée est un peu moins marquée. La malade meurt à 4 heures du soir dans le coma.

AUTOPSIE. — A l'ouverture du thorax, on voit qu'il n'y a pas de liquide dans les plèvres.

Au sommet et à droite quelques adhérences ; à gauche en haut et en avant, l'adhérence du poumon est telle qu'on déchire le parenchyme en un point limité pour pouvoir extraire ce poumon de la cavité thoracique. Le point auquel le poumon adhérait correspondait au bord gauche de la première vertèbre dorsale. Par la déchirure s'écoule un liquide extrêmement fétide, jaune sale, dont on peut évaluer la quantité à quatre ou cinq cuillères à bouche. A l'ouverture du poumon gauche, suivant une coupe antéro-postérieure au niveau de cet abcès pulmonaire, on constate la présence d'une cavité dont les parois sont anfractueuses, dures, résistantes. On ne pouvait distinguer nettement une membrane pyogénique, la cavité était cloisonnée par des brides fibreuses. Autour de cette cavité, le parenchyme pulmonaire est dur et lardacé, criant sous le scalpel, d'une couleur noirâtre.

Pas de tubercules sur les parois de la cavité ni autour d'elle. Le parenchyme induré s'étend sur une largeur d'environ deux à trois centimètres en dehors de la cavité,

du reste assez irrégulière. Autour de cette zône indurée, une zône moins étendue où l'on note de l'œdème et de la congestion. Le poumon droit présente les lésions banales de congestion pulmonaire, plus marquées au sommet. Si maintenant on explore le point correspondant de la colonne vertébrale, on sent au doigt, des esquilles nombreuses, témoins de la désorganisation de la colonne vertébrale. Cette lésion porte sur le côté gauche du corps de la première vertèbre dorsale ; enlevant quelques esquilles, on peut voir que les disques intervertébraux correspondants ont été intéressés ; la septième cervicale est inclinée en avant et le corps de la première dorsale a en partie disparu, ne laissant de traces que les esquilles.

*Cœur.* — Un peu gros, myocarde couleur feuille morte.

*Foie.* — Volumineux et graisseux.

*Rein.* — Rien d'anormal.

*Rate.* — Poids 150 gr.

RÉSUMÉ : — Nous voyons donc un de ces cas de fausse gangrène du poumon, dont on a fait le diagnostic « gangrène », et cependant à l'autopsie l'on n'a pu trouver de sphacèle notable du poumon. C'était un abcès par congestion dépendant d'une affection vertébrale reconnu il est vrai ; mais ce qui manquait au diagnostic, c'était le trait d'union de cette lésion osseuse, de ce mal de Pott et de la lésion pulmonaire, c'était l'abcès par congestion qui, à un moment donné vint s'ouvrir dans les bronches et former un abcès du poumon.

Après avoir hésité entre le diagnostic de gangrène des extrémités bronchiques d'abord, puis de foyer gangréneux, l'on se trouve à l'autopsie en face d'un simple abcès ayant envahi une partie du sommet du poumon, dont le pus fétide avait pu faire croire pendant la vie à la gangrène pulmonaire.

## Observation II.

Due à l'obligeance du professeur Brouardel.

En 1882 M. le professeur Brouardel eut l'occasion de voir le cas suivant :

M. Y... T... est un homme grand, vigoureusement constitué et bien portant malgré son âge ; il approche de 70 ans. Le malade se plaint de douleurs vagues, avec exacerbations, à forme névralgique du côté de la région cervicale et envahissant la région dorsale. L'examen attentif ne laissait rien constater, et l'on crût se trouver en face d'un hypochondriaque. Ces douleurs persistèrent pendant 6 mois, puis, au bout de ce temps, se manifestèrent des symptômes cardiaques avec un peu de gonflement des membres inférieurs ; le cœur était gros, volumineux et présentait un souffle d'insuffisance au niveau de l'orifice aortique, de plus des symptômes simulant l'angine de poitrine.

Au bout de plusieurs mois, à ces troubles cardiaques, vinrent se joindre une toux incessante et des accès de délire violents, impulsifs ; le malade menaçait de tuer ses amis les plus intimes et de se suicider.

Les accès de toux devenant de plus en plus pénibles, mirent sur la voie d'une affection pulmonaire. Jusque-là l'auscultation de la poitrine n'avait rien donné, lorsqu'on découvrit un jour au sommet du poumon droit tous les signes d'une pleurésie, pleurésie localisée à ce sommet. En même temps que l'auscultation révélait cette pleurésie,

des accès d'oppression intenses, excessifs, apparaissent. Au bout de quinze jours, dans un effort de toux, se fait jour par les bronches une petite quantité de pus; cette vomique très minime et qui fut unique n'amène que peu de soulagement.

Au contraire, les douleurs occipitales et dorsales redoublent d'intensité, le malade qui avait beaucoup maigri se cachectise de plus en plus, il tombe dans le coma, devient très faible, mange difficilement et meurt avec des escharres au sacrum, emporté par les progrès de la cachexie

La maladie, depuis sa première manifestation, c'est-à-dire la névralgie cervico dorsale avait duré un an et demi.

Le diagnostie avait toujours été hésitant, tout paraissait obscur. Au début, ces douleurs occipito-dorsales semblant de simples névralgies furent mises sur le compte de l'hypochondrie, puis l'on fut attiré du côté du cœur où l'affection aortique facilement reconnue amenait ces signes d'angine de poitrine. Enfin, sans cause appréciable, apparaît cette pleurésie du sommet droit précédée longtemps d'avance par des accès de toux répétés et suivie d'accès d'oppression terribles : survint une vomique donnant lieu à l'issue d'un peu de pus fétide. En présence de quelle lésion se trouvait-on? Les signes cavitaires permettaient-ils de diagnostique la tuberculose? avec la cachexie et l'amaigrissement du malade, on était en droit d'y penser ; était-ce un foyer de gangrène qui venait de se vider ? l'expectoration qui suivit la vomique ne permettait guère d'y songer ; était-ce simplement une pleurésie enkystée dont la cavité s'était mise en communication avec les bronches? C'est ce qui semblait l'hypothèse la plus plausible.

Cependant, l'autopsie qui fut faite avec un soin minu-

tieux en septembre 1883, démontra qu'aucune de ces hypothèses n'était fondée, néanmoins, c'était bien de la pleurésie du sommet droit, mais la cause de cette pleurésie était inconnue. Voici ce qu'il fût permis de constater :

AUTOPSIE. — Les enveloppes du cerveau sont saines ; les méninges se décortiquent facilement, bien que légèrement épaissies. Les vaisseaux artériels de la base du cerveau sont dilatés et notablement athéromateux. Le cerveau très volumineux est sain et pèse 2.012 grammes.

CAVITÉ THORACIQUE : — Les plèvres contiennent un peu de liquide rougeâtre de transsudation et quelques fausses membranes anciennes établissant aux deux sommets des poumons des adhérences difficiles à rompre.

Les deux *poumons* sont congestionnés, mais ne renferment ni tubercules, ni noyaux apoplectiformes ou pneumoniques. Cependant, l'une des grosses bronches du lobe supérieur du poumon droit contient une notable quantité de pus ; elle paraît être par une fistule dont le trajet ne peut-être suivi, en communication avec un foyer purulent situé dans le médiastin postérieur.

Les ganglions bronchiques sont drus et volumineux.

Dans le *médiastin postérieur*, au niveau des troisième quatrième et cinquième vertèbres dorsales, l'aponévrose pré-vertébrale forme la paroi antérieure d'une tumeur fluctuante qui, après incision, laisse voir une cavité mesurant cinq centimètres de diamètre ; cette cavité remplie d'un pus épais, a été formée aux dépens de deux corps vertébraux dont le tissu osseux a complètement disparu ainsi que les disques intervertébraux.

Le fond de cette cavité est séparé du canal médullaire par une simple lamelle osseuse ayant à peine quelques millimètres d'épaisseur ; à ce niveau les enveloppes de la

moëlle sont très épaisses et adhérentes sur une étendue de 7 ou 8 centimètres au canal médullaire par des fausses membranes récentes et purulentes. La moëlle ne semble cependant être le siège d'aucune lésion inflammatoire malgré ces signes manifestes de pachyméningite externe.

*Le péricarde* ne contient ni épanchement séreux ou sanguin, ni fausses membranes anciennes ou récentes.

*Le cœur*, très volumineux pèse 770 grammes ; il mesure 18 centimètres de longueur de la base à la pointe. Le ventricule gauche très hypertrophié mesure 4 centimètres d'épaisseur à sa partie moyenne. Les fibres musculaires sont pâles.

Les cavités du cœur contiennent un peu de sang coagulé.

Les valvules sont très athéromateuses et manifestement insuffisantes. Les valvules des autres orifices sont seulement épaissies, moins souples qu'à l'état normal, mais paraissent suffisantes. La crosse de l'aorte est un peu dilatée et épaissie, mais n'est pas athéromateuse.

CAVITÉ ABDOMINALE. — La cavité abdominale ne renferme ni tumeur, ni épanchement séreux sanguin.

*L'estomac* est très dilaté, mais sa muqueuse et ses orifices ne sont le siège d'aucune lésion.

*Le foie* très volumineux pèse 2.543 grammes ; sa capsule se décortique bien, son tissu est un peu gras et paraît légèrement congestionné.

*La vésicule biliaire* très dilatée contient cinq calculs ayant chacun environ le volume d'une petite noisette.

*Les reins* ne présentent aucune lésion pathologique appréciable ; ils se décortiquent bien ; chacun d'eux pèse environ 340 grammes. Les capsules surénales sont saines.

*La rate* très volumineuse pèse 550 grammes ; elle ne présente aucune altération pathologique.

*Les anses intestinales* ne sont ni herniées ni étranglées. Le gros intestin est très dilaté, surtout au niveau du rectum qui forme une large ampoule remplie de matières fécales très dures.

*La vessie* n'est le siège d'aucune lésion morbide. Elle ne renferme pas de calculs.

ANALYSE HISTOLOGIQUE : 1° *Examen d'une tumeur opérée par le Dr Segond* en mars 1883. Cet examen fut fait par le Dr Latteux qui constata que cette tumeur provenant de la région pubienne était un *myxo-sarcôme.*

2° *Examen de la tumeur enlevée à l'autopsie en septembre 1883.* Ce néoplasme est du *sarcôme* à éléments plus jeunes que ceux observés dans la première tumeur.

3° *Examen du tissu osseux de la colonne vertébrale* : sarcôme également, mais offrant dans l'épaisseur de sa trame des cellules à noyaux multiples provenant de la moëlle osseuse (myéloplaxes).

En cette région, nous trouvons des points complètement ramollis et en voie de dégénérescence graisseuse. Cette forme de sarcôme répond à la variété dite « myéloïde ».

Le tissu osseux présente tous les caractères de la carie et de l'inflammation dues à l'envahissement du tissu néoplasique.

CONCLUSION : M. Y..... T... est mort d'une affection cancéreuse (myxo-sarcôme).

La première manifestation constatée a été le myxo-sarcôme de la région pubienne opérée en mars 1883 par le Dr Segond.

La localisation secondaire d'une lésion semblable dans le corps des troisième, quatrième et cinquième vertèbres dorsales a déterminé la destruction du corps de ces vertèbres et la formation d'un abcès en avant des enveloppes

de la moëlle épinière. — Cet abcès communiquait par un trajet fistuleux avec l'une des bronches du lobe supérieur du poumon droit.

Cette localisation secondaire a été la cause de la mort. Les lésions de l'orifice aortique et l'hypertrophie du cœur ont provoqué des accidents dont les manifestations, associées aux douleurs provoquées par les lésions osseuses et médullaires, ont donné lieu pendant la vie à des symptômes simulant ceux de l'angine de poitrine.

RÉSUMÉ : Cette observation, fort intéressante à plus d'un titre nous fait assister comme l'observation n° 1 à une erreur de diagnostic dans le cas particulier qui nous occupe.

La lésion du sommet du poumon droit était-elle due à un abcès du poumon? à une caverne tuberculeuse? à la gangrène de cette partie? à une pleurésie limitée et ouverte dans les bronches? C'est à cette dernière opinion que l'on dût s'arrêter.

Mais ici aussi il y avait une lésion de la colonne vertébrale, lésion d'autant plus intéressante qu'il faut remarquer que c'est à la suite de l'ablation d'une petite tumeur sarcomateuse de la région pubienne que les vertèbres seront envahies à leur tour par le néoplasme. Ce qui nous intéresse au point de vue particulier auquel nous avons dû nous placer c'est l'abcès dépendant de cette lésion osseuse, abcès qui détermina de la pleurésie et qui enfin vint s'ouvrir dans les bronches par un petit orifice fistuleux impossible à découvrir. Dans ce cas aussi il n'y avait pas de gangrène, une simple vomique très minime fût la conséquence de cette ouverture, et il avait été impossible de saisir la relation existant entre les symptômes reconnus du côté du poumon et l'affection de la colonne vertébrale, bien que déjà trois vertèbres fussent détruites.

## Observation III (Résumée).

M. le Dr Babinski a bien voulu nous donner le résumé de l'observation d'un malade qui était dans son service en 1884 ; voici ce résumé :

Le nommé A... entre dans le service en présentant tous les signes de la pleurésie simple aigüe, mais le lendemain une odeur fétide s'était répandue dans la salle, cette odeur était tellement caractéristique qu'elle fit faire le diagnostic de gangrène du poumon, bien que l'expectoration ne fût que très légèrement purulente.

Quelques jours après le malade mourut sans qu'il y ait eu de vomique et à l'autopsie l'on pût constater que le tissu pulmonaire n'était nullement gangréné, qu'il y avait un peu de pus dans les bronches, mais il fut impossible de retrouver l'orifice de communication des bronches avec un foyer de pleurésie purulente volumineux. Cependant il était évident alors que l'odeur perçue le lendemain de l'entrée du malade était due à du pus ayant passé par une fistule du foyer purulent dans les bronches, mais qu'il n'y avait pas trace de gangrène.

Dans cette observation aussi, la fétidité de l'haleine fit faire le diagnostic de gangrène pulmonaire, mais c'est encore un de ces cas de fausses gangrènes dans lequel il ne s'agissait que d'une pleurésie purulente ayant communiqué avec les bronches par un trajet fistuleux imperceptible ; c'est pour cela qu'une vomique abondante n'eût pas lieu et que le pus, en s'écoulant peu à peu dans les bronches, s'y accumulant et s'y décomposant, avait pu faire croire à l'existence d'une gangrène pulmonaire.

## Observation IV (Résumée).

*Kyste hydatique du foie, communiquant avec le duodénum, et s'étant fait jour par le poumon, en déterminant une gangrène pulmonaire et une hémoptysie foudroyante.* (par le Dr Rendu, in *Bulletin de la Société anatomique*, 1874).

Il s'agit d'un homme de 30 ans soigné dans le service de M. le Dr Potain.

Quand ce malade fût examiné pour la première fois, l'on crût à des coliques saturnines.

Puis bientôt survinrent des symptômes douloureux du foie, de la fièvre, de l'ictère. L'ensemble des symptômes fit penser à l'existence d'une angiocholite intra-hépatique en voie de suppuration.

Quelques jours après, vomique. L'expectoration est très abondante, fétide, visqueuse ; bientôt elle devient excessivement fétide et manifestement gangréneuse.

Le malade est emporté par une hémoptysie foudroyante, *à l'autopsie* on trouve un kyste hydatique du foie non diagnostiqué pendant la vie. Ce kyste hydatique, s'était ouvert dans le poumon et avait amené la gangrène de cet organe.

## Observation V.

*Gangrène superficielle du poumon ; — Pyothorax ; — par M. Auguste* Laurent, *interne des hôpitaux.*

(*Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1879).

Babel (Auguste) âgé de 49 ans, serrurier, entre le 1er janvier 1879, à l'Hôtel-Dieu, salle St.-Louis, n° 8 (service de M. Quinquaud).

Pas d'antécédents héréditaires ou personnels importants. Un peu d'alcoolisme (tremblement des mains et de la langue). Depuis le mois d'octobre, il a été obligé d'interrompre son travail en raison d'un affaiblissement général et de douleurs qui se répètent de temps à autres spontanément et siégent dans la poitrine. De plus, dit-il, ses aliments ne passent pas.

A son entrée, on constate les phénomènes suivants : le malade dit avoir perdu 30 livres depuis un mois. Teint pâle, presque cachectique. Les douleurs thoraciques siégent vers la partie inférieure du sternum et dans le dos. Rien à la percussion ni à l'auscultation de la poitrine. — Artères légèrement athéromateuses ; rien au cœur. — Le malade ne vomit pas et a des selles régulières ; mais il a peu d'appétit et les aliments solides ne descendent bien, dit-il, qu'à la condition d'être accompagnés d'une certaine quantité de liquide ; les liquides passent rapidement. Rien à noter à la palpation du ventre. — Un peu d'agitation avec rêvasseries la nuit. — On soupçonne une affection organique du cardia et de l'œsophage. Le cathétérisme œsopha-

gien est pratiqué et n'indique rien d'anormal. Le malade questionné dit qu'il n'a jamais eu la syphilis et qu'il n'a pas avalé de substances caustiques.

30 janvier. — Depuis quelques jours, le malade tousse et rend des crachats fétides, mais d'une fétidité qui est loin d'égaler celle de l'expectoration dans la grangrène pulmonaire. Persistance des douleurs à la partie inférieure et antérieure du thorax, du côté droit.

1er février. — L'haleine et les crachats présentent toujours une légère fétidité. Expiration soufflante vers la racine des bronches des deux côtés, surtout à droite : quelques râles muqueux en arrière et à droite.

4 février. — Les aliments solides passent toujours avec difficulté ; pas de gaz ni de renvois ; un peu d'appétit ; rénitence à l'épisgastre. — Vibrations thoraciques exagérées à droite et en arrière ; submatité et résistance au doigt de ce côté ; expiration soufflante vers la racine des bronches et quelques râles en bas et en arrière du même côté. Rien à gauche. — Depuis une semaine, la température, qui est le matin, d'environ 37° 6 ou 37° 8, monte le soir à 38° 2 ou 38° 4. — On songe à une bronchite fétide ou plutôt une gangrène pulmonaire.

6 février. — Rales sous-crépitants à droite et en arrière. — Selles régulières, mais sensation de pesanteur et de gène épigastrique ; cependant la résistance de l'épigastre est moins considérable.

8 février. — Crachats toujours grisâtres et légèrement fétides. Anorexie. Temp. le matin 39°.

10 février. — Le malade ne peut plus s'asseoir seul ; il ne peut avaler. Matité et souffle amphorique en bas, en arrière et à droite. Les crachats ont toujours le même caractère. Matin 36° 8, soir 37° 6.

11 février. — Prostration extrême, langue sèche depuis deux jours, le malade a une douleur de côté à droite ; il n'a pas eu de frissons. Toujours les mêmes signes à la percussion et à l'auscultation en arrière et à droite. Matin 36° 8 ; soir 37° 8.

12 février. — La dépression des forces s'accentue. Le malade n'a pas mangé depuis 3 jours. On ne perçoit plus rien à l'auscultation, le murmure respiratoire n'étant pas assez intense. Mort à 7 heures du soir.

AUTOPSIE. — Le 14 février. A l'ouverture de la cavité thoracique, on trouve la plèvre droite, fortement adhérente à la paroi antérieure du thorax. Cette paroi enlevée, on observe une cavité purulente à la partie postérieure et supérieure de laquelle se trouve le poumon. Le pus est séreux ; il y en a environ 500 grammes. Le poumon adhère fortement à la paroi postérieure du thorax surtout dans sa partie inférieure ; on l'enlève après avoir sectionné son pédicule. Il est ratatiné surtout suivant ses dimensions transversales. Plongé dans l'eau, la plus grande partie se précipite au fond, si ce n'est le lobe supérieur qui cherche a gagner la surface du liquide. Pressé entre les doigts, son tissu ne crépite pas. Toute la surface du poumon est recouverte de fausses membranes, blanches, tomenteuses, épaisses, peu adhérentes au tissu, se déchirant facilement. A la partie inférieure du bord postérieur, on observe une cavité anfractueuse, irrégulière, remplie d'un liquide sanieux, communiquant avec la plèvre. Les parois de cette anfractuosité paraissent en voie de transformation gangréneuse. A leur voisinage le poumon présente les lésions de la pneumonie catarrhale. En certains points de ce tissu ambiant, il existe de petits noyaux ou de petites cavités qui n'auraient pas tardé sans doute à communiquer avec

la cavité principale. La scissure qui sépare le lobe supérieur du lobe moyen est incomplète et la partie qui existe est tout à fait adhérente.

*Poumon gauche* légèrement emphysémateux au bord antérieur et au sommet ; congestion hypostatique au bord postérieur.

*Cœur* : il pèse 300 gr. Un peu de surcharge graisseuse à la surface. Légères plaques d'athérome dans la valvule mitrale et les sigmoïdes aortiques.

*Diaphragme.* – Tapissé sur la face supérieure de fausses membranes identiques à celles qui recouvraient le poumon. L'estomac le foie et les reins sont sains.

RÉFLEXIONS. — Nous avons eu ici affaire à une gangrène superficielle du poumon à forme lente avec pyothorax. — Ce fait nous a paru intéressant par les points suivants :

1° Absence de cause bien nette si ce n'est un peu d'alcoolisme et d'athérome ;

2° L'odeur de l'haleine et des crachats qui quoique fétide n'a nullement rappelé l'odeur gangréneuse ;

3° La dysphagie excessive qui ne peut être attribuée qu'à une irritation de voisinage exercée par le poumon et la plèvre sur l'œsophage ;

4 Le peu d'élévation de la température qui a oscillé presque tout le temps entre 37° 6 et 38° 4 contrairement à ce qu'on observe d'ordinaire en pareil cas ;

5° Enfin l'évolution anatomique de l'affection : la présence de ces noyaux de pneumonie catarrhale au voisinage de la caverne gangréneuse ne permet-elle pas de supposer que celle-ci est le résultat de l'agglomérat ou de plusieurs noyaux semblables qui ont suivi un processus destructeur.

## Observation VI.

*Cancer de l'œsophage, gangrène du poumon droit, par M.* Artus, *externe des hôpitaux.* (*Bulletin de la Société anatomique de Paris,* 1874).

Patte, Edouard, cantonnier, âgé de 47 ans, entre le 14 mars 1874 à l'hôpital de la Charité, salle St-Michel n° 10 (service de M. Empis).

Cet homme, sans être très robuste n'a toutefois jamais été malade, et entre aujourd'hui pour la première fois à l'hôpital. — Pas d'antécédents héréditaires ; ni rhumatisme, ni syphilis. Son existence a toujours été très précaire.

La maladie dont il est atteint aujourd'hui, paraît avoir débuté il y a environ douze mois, par quelques troubles dyspeptiques, un affaiblissement, un amaigrissement notables. Il continua à exercer son métier assez rude de cantonnier, et ne prit l'avis d'aucun médecin. Il n'a jamais eu ni douleurs, ni vomissements d'aucune sorte ; jamais d'hématémèse. Après des alternatives d'amélioration et d'aggravation, il fut obligé il y a environ deux ans, de suspendre son travail. Il éprouvait alors dans le creux épigastrique une sensation pénible de pesanteur, plutôt qu'une douleur véritable. Cette sensation, qui siégeait surtout au niveau de l'appendice xyphoïde, n'était pas continue, mais revenait par accès de courte durée, auxquels le malade fit peu d'attention. Ce qui l'inquiéta surtout, fut une gêne de la déglutition ; les aliments éprouvaient un certain temps d'arrêt en un point que le malade place un peu au-dessus

de l'appendice xyphoïde ; du reste, quelques efforts de déglutition suffisaient pour triompher de l'obstacle.

15 mars. — Amaigrissement considérable, pâleur excessive de la face ; aspect cachectique très accusé. Les téguments n'offrent cependant pas cette teinte terreuse, jaune paille, qui caractérise la cachexie cancéreuse ; c'est plutôt le facies de la phtisie pulmonaire avancée.

Cependant, l'examen le plus minutieux du thorax ne révèle aucune altération des bruits physiologiques. Il n'y a pas d'œdème des extrémités. L'appétit est nul, le dégoût pour les aliments est extrême ; mais les aliments ingérés ne sont pas vomis.

Le malade ne se plaint que d'une pesanteur très pénible à la région épigastrique, sans irradiations. La pression de la région est très douloureuse. Une exploration attentive et souvent répétée n'a jamais permis de constater l'existence d'une tumeur.

La déglutition est devenue un peu plus difficile depuis ces derniers jours. Elle se fait cependant encore assez bien. Constipation habituelle, jamais de diarrhée.

17 mars. — Le cathétérisme œsophagien est pratiqué avec l'olive n° 2. La sonde est arrêtée à une faible distance au-dessus de l'estomac. La résistance est facilement vaincue.

Le malade est sondé pendant trois jours consécutifs, matin et soir ; sous l'influence de cette petite opération, la déglutition s'exécute plus facilement. Puis il se fait une légère amélioration, mais qui ne dure que quelques jours.

25 mars. — Les douleurs deviennent plus vives, et les accès sont un peu plus longs. Le malade se plaint en outre de vomir après des quintes de toux. Ces vomissements, qui n'existent que depuis deux jours, sont peu abondants et se composent d'une matière blanchâtre, opaque, ressem-

blant à de l'empois d'amidon très dilué. Ils ont une odeur aigrelette très désagréable.

Les poumons sont de nouveau examinés : au sommet, le murmure respiratoire est normal de deux côtés ; les bases n'ont pas été examinées. Le malade accuse bien une douleur dans le côté droit, mais cette douleur est attribuée au cancer stomacal.

27 mars. — Le malade a, pour la première fois depuis sa maladie, vomi ses aliments. Le vomissement a lieu peu de temps après la déglutition, mais non pas immédiatement après.

Depuis cette époque, le malade vomit d'une façon persistante tous ses aliments, même les boissons. Dans les derniers jours, le malade rend le matin après des quintes de toux, en assez grande abondance et comme par une vomique, des matières très fétides. Il a parfaitement conscience qu'elles ne viennent pas de l'estomac.

La cachexie ne fait que s'accroître et le malade succombe le 12 avril, sans jamais avoir eu d'hématémèse.

AUTOPSIE. — L'estomac très dilaté, descend jusqu'à l'ombilic. L'orifice œsophagien est occupé par une tumeur qui sera décrite plus loin.

L'*épiploon* enroulé en corde est déjeté à gauche. Il n'y a pas trace d'épanchement dans la cavité péritonéale.

Le *foie* un peu volumineux, est complètement libre d'adhérences avec l'estomac. La rate a son volume normal. La tête du pancréas adhère intimement à la tumeur par son bord supérieur ; impossible de l'en détacher ; les piliers du diaphragme sont très écartés par la tumeur ; le pilier droit est presque détaché de ses insertions à la colonne lombaire.

Un peu d'épanchement dans la cavité pleurale droite

Les *poumons* sont libres d'adhérences avec les parois thoraciques. Le poumon droit, par sa base vers le bord inférieur, adhère intimement au diaphragme.

Il n'offre aucune adhérence avec la tumeur de l'estomac. Son lobe inférieur présente une caverne pouvant contenir une grosse noix, et remplie par un liquide blanchâtre, d'une odeur acide et repoussante, tout à fait semblable au liquide contenu dans l'estomac. La cavité est irrégulière et anfractueuse, sillonnée de brides multiples, noirâtres ; putrilagineuses, d'aspect gangréneux. A la périphérie de la caverne, le tissu pulmonaire est induré. Le poumon est fortement congestionné dans tout le reste de son étendue.

La *trachée* est remplie d'un liquide semblable à celui que l'on trouve dans la caverne. La muqueuse est boursoufflée et très vascularisée.

Le *cardia* est envahi dans toute sa circonférence par une tumeur volumineuse lobulée très dure, irrégulière, dont la masse occupe surtout le côté droit de l'œsophage, et se propage vers la petite courbure de l'estomac. L'orifice du cardia n'est pas complètement oblitéré ; il admet encore aisément une sonde de trousse. L'œsophage est un peu dilaté au-dessus de la tumeur. La tumeur incisée, on constate à sa face interne l'existence de quelques ulcérations.

A la partie supérieure de la tumeur et du côté droit existe un petit orifice, qui conduit dans une cavité située entre le poumon et la tumeur. Le canal de communication qui mesure de 15 à 20 millimètres de longueur, est tapissé d'une membrane parfaitement lisse.

La poche, du volume d'une petite noisette, est remplie d'un liquide en tout point semblable au contenu de l'estomac et de la caverne pulmonaire. La communication de

cette poche avec le poumon n'a pu être découverte malgré les recherches les plus minutieuses. Il est difficile néanmoins de la mettre en doute, à cause de l'analogie que présente le liquide de l'estomac avec celui qui est contenu dans les différentes cavités.

Le *cœur* n'a rien presenté de spécial. L'examen microscopique de la tumeur n'ayant pas été fait, la nature du cancer n'a pu être déterminée. Elle paraissait être un encéphaloïde.

Cette dernière observation nous montre qu'il s'était à un moment donné établi une communication entre l'estomac et les bronches par l'intermédiaire d'une petite cavité située en dehors du poumon et que l'on n'a pu retrouver le trajet faisant communiquer ces deux cavités. Les matières fétides que rendait le malade dans ses quintes de toux et qui pour lui ne venaient pas de l'estomac, n'avaient pas suffi pour faire faire un diagnostic précis et affirmer l'envahissement du poumon ; c'était l'erreur opposée à celle faite dans plusieurs observations ; dans les unes on affirmait la gangrène pulmonaire lorsqu'il n'y en avait pas, dans celle-ci on méconnaissait la vomique malgré la fétidité des matières rendues par le malade.

# CONCLUSIONS

Des faits que nous venons de relater, et que nous avons cru devoir réunir et rapprocher les uns des autres, il nous semble que le diagnostic de la gangrène pulmonaire, si facile d'après les auteurs, présente au contraire une difficulté souvent fort grande surtout au point de vue du diagnostic étiologique. Si toutes les fois qu'il y a fétidité de l'haleine et de l'expectoration l'on pose le diagnostic de gangrène pulmonaire, soit des ramifications bronchiques, soit du parenchyme même du poumon, l'on s'exposera à des fréquentes erreurs, car chaque fois que du pus venant d'un organe voisin se fait jour dans les bronches, surtout s'il s'écoule lentement, il se fait dans ce pus une décomposition qui va lui donner une odeur souvent si fétide que l'odorat le plus subtil ne pourra la distinguer de la fétidité de la gangrène. C'est ce qui explique les erreurs que nous avons vu survenir dans les diverses observations réunies ici et c'est pour cela que nous avons pensé pouvoir intituler notre travail : « Difficultés du diagnostic dans quelques cas de vomiques et de fausses gangrènes du poumon. »

De ces faits découlent les conclusions suivantes :

1° A côté des causes ordinaires de la gangrène pulmonaire, il existe quelques cas de fausses gangrènes (G. Sée) dans lesquels le processus gangréneux est consécutif soit à des lésions de la colonne vertébrale (cancer, mal de Pott), soit du foie (kyste hydatique), soit de la plèvre (pleurésie purulente).

2° S'il est des cas fréquents où le diagnostic de la gangrène pulmonaire soit facile, il en est d'autres où la nature et la cause de ces fausses gangrènes sont très difficiles, souvent même impossibles à reconnaître.

3° La fétidité de l'haleine et de l'expectoration sont des facteurs importants dans le diagnostic de la gangrène pulmonaire ; cependant, l'odeur de certains pus surtout dans le cas de vomiques minimes est souvent confondu avec celle de la gangrène.

4° Les pleurésies purulentes et enkystées, les abcès par congestion, les kystes hydatiques du foie devront être recherchés avec soin toutes les fois que surviendront des vomiques ou des symptômes de gangrène en dehors de la marche classique de la gangrène pulmonaire.

Imp. G. Saint-Aubin et Thevenot, St-Dizier (Hte-Marne), 30, passage Verdeau, Paris.